



## **Sonderausgabe Radiologen WirtschaftsForum**

### **Die radiologische Praxis am Krankenhaus**

- **Rechtliche Rahmenbedingungen**
  - **für Kooperationen unter**
  - **DRG-Bedingungen -**

von Rechtsanwalt Dr. Peter Wigge, Hamm

## Der Autor



**Dr. Peter Wigge** (J. 1960), Rechtsanwalt,  
**1991** Fraktionsreferent für die F.D.P.-Bundestagsfraktion in Bonn für den Bereich Gesundheitspolitik,  
**1992** Referatsleiter für den Bereich juristische Grundsatzfragen im AOK-Bundesverband,  
**1992** Abordnung in das Bundesministerium für Gesundheit, seit **2001** Rechtsanwalt in Hamm und Lehrbeauftragter an der Universität Münster, seit **1997** Justitiar der Deutschen Röntgengesellschaft, Verleihung des „Deutschen Arzt Recht Preises **2001**“ in Frankfurt, Mitherausgeber verschiedener Zeitschriften und Autor von zahlreichen Aufsätzen und Büchern im Bereich des Medizinrechts.

## Kontakt:

Dr. Peter Wigge  
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Dr. Wigge  
Ostring 15  
59065 Hamm  
Tel.: 02381/943494-0  
Fax: 02381/943494-9

E-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)  
Homepage: [www.ra-wigge.de](http://www.ra-wigge.de)

Inhaltsverzeichnis:

**I. Einführung**

**II. Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes auf die ambulante Versorgung**

**III. Formen der Zusammenarbeit zwischen Radiologe und Krankenhaus**

**IV. Arztrechtliche Vorgaben für Krankenhauskooperationen**

1. Vereinbarkeit mit den Grundsätzen vertragsärztlicher Tätigkeit
  - a. Erforderlicher Umfang vertragsärztlicher Tätigkeit
  - b. Vereinbarkeit mit dem Wesen vertragsärztlicher Tätigkeit
2. Zweigpraxis und ausgelagerte Praxisräume

**V. Modellvorhaben/Integrierte Versorgung**

**VI. Aspekte der Vertragsgestaltung**

1. Der Kooperationsvertrag
2. Gemeinschaftspraxis als Vertragspartner
3. Stellung des Radiologen
4. Umfang der Leistungen
5. Wettbewerbsverbot, Bezugsverpflichtung
6. Haftung
7. Vertragslaufzeit
8. Schiedsklausel

**VII. Arbeitsrechtliche Aspekte**

1. Betriebsübergang
2. Personalgestellung
3. Eigenes Personal

**VIII. Nutzungsüberlassung**

**IX. Mietvertrag**

**X. Honorarminderungspflicht**

**XI. Steuerrechtliche Aspekte**

**Anhang: Checklisten für Kooperationsverträge**

## I. Einführung

Auf dem Fachgebiet der Radiologie hat die Medizintechnik im Bereich bildgebender diagnostischer Verfahren in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung genommen. Die Anschaffungskosten für diese neuen Technologien wie MRT und CT liegen immer noch deutlich über den Kosten herkömmlicher diagnostischer Systeme. Die schnelle technische Überalterung der Geräte und die Notwendigkeit zur ständigen technischen Innovation aus Gründen der Wettbewerbsfähigkeit, aufgrund der Abhängigkeit des Radiologen von überweisenden Ärzten, hat den durchschnittlichen Praxiskostenanteil in dieser Fachgruppe stark ansteigen lassen. Die Punktwertsituation in manchen KV-Bereichen hat bei radiologischen Praxen teilweise dazu geführt, dass diese ihre Leistungen unter den Gestehungskosten anbieten müssen. Die radiologische Praxis in der Zukunft wird deshalb nur wirtschaftlich überleben können, wenn sie mit anderen Partnern (niedergelassenen Kollegen, Krankenhausärzten und Krankenhäusern) kooperativ zusammenarbeitet und gemeinsame Investitionsentscheidungen zu treffen vermag.

Mit diesem Handbuch sollen die Kooperationsmöglichkeiten für niedergelassene Radiologen aufgezeigt und auf rechtliche und wirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten sowie Gefahren hingewiesen werden.

## II. Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes auf die ambulante Versorgung

Betrachtet man die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre, insbesondere das Gesetz zur Gesundheitsreform 2000 vom 23.06.1999 (BGBl. I S. 2626), so wird das Bemühen des Gesetzgebers deutlich, unter dem Stichwort der „**Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung**“ die traditionelle Trennung beider Versorgungsbereiche aufzulockern. Die bisherigen Erfahrungen belegen jedoch, dass eine engere Verzahnung dieser Sektoren problematisch ist, solange die Finanzierungsgrundlagen unterschiedlich geregelt sind. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der bestehenden Ausgabenbegrenzungsregelungen in der GKV. In Zeiten sektoraler Budgets werden Leistungsverschiebungen zwischen den Versorgungsbereichen zwangsläufig zu einer Verringerung der zur Verfügung

stehenden Leistungsvergütung in dem betroffenen Versorgungsbereich führen. Deutlich geworden sind diese Schwierigkeiten bereits im Verfahren der Bereinigung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V.

Das durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412) bis zum 01.01.2008 im Krankenhausbereich schrittweise einzuführende **DRG-System** wird das Verhältnis der Versorgungsbereiche zueinander jedoch voraussichtlich erheblich verändern. Die DRG-Fallpauschalen werden zu einer früheren Entlassung von Patienten und damit teilweise auch zu einer höheren Inanspruchnahme ambulanter Behandlungs- und Pflegemöglichkeiten führen. Soll die Leistung dem Geld weiterhin folgen, bedeutet dies, dass zukünftig finanzielle Mittel aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden müssen. Mit einer Verlagerung von Versorgungsaufgaben und finanziellen Mitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich werden jedoch zugleich Kapazitäten im stationären Bereich abgebaut, die parallel im ambulanten Bereich aufgebaut werden müssen. Dies wird zu einer Veränderung der Versorgungsstrukturen führen und wirft für die betroffenen Ärzte und Krankenhäuser bisher nicht geklärte Fragen nach den Chancen und Risiken dieser Entwicklung auf.

### III. Formen der Zusammenarbeit zwischen Radiologe und Krankenhaus

Mit der durch das Fallpauschalengesetz sich ändernden Krankenhausfinanzierung wird der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser weiter zunehmen. Insbesondere in Funktionsabteilungen ohne eigenen Abteilungspflegesatz und mit teurer technischer Ausstattung wird die Frage der Reduzierung von Fixkosten auch in Zukunft immer wichtiger werden. Vor diesem Hintergrund werden „**Outsourcing-Maßnahmen**“ unter dem Stichwort der Privatisierung von Krankenhausabteilungen weiter zunehmen. Zweck der Privatisierung ist die bessere Ausnutzung von teurer Medizintechnik durch Behandlung von ambulanten und stationären Patienten in einer im Krankenhaus errichteten Vertragsarztpraxis. Die Krankenhausabteilung wird aufgelöst und die Versorgung der stationären Patienten erfolgt durch die im Krankenhaus niedergelassenen Vertragsärzte. Das Krankenhaus und der Vertragsarzt können hierdurch eine bessere Ausnutzung der Fixkosten und damit eine Kostenentlastung erreichen. Die ärztliche Praxis hat zudem einen Imagegewinn und Wettbewerbsvorteile durch die Anbindung an den „Großkunden“ Krankenhaus. Die gesetzlichen Änderungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 sprechen zudem für eine verstärkte Verlagerung und Zentralisierung der Leistungserbringung an den Standort Krankenhaus.

Diese Vorteile überwiegen in der Regel die mit einer Standortverlagerung an ein Krankenhaus verbundenen Nachteile, die insbesondere in der Verpflichtung zur Sicherstellung einer „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ für stationäre Patienten sowie der Gefahr der Schaffung von Abhängigkeiten liegen können. Negative Auswirkungen haben Ausgliederungsentscheidungen dagegen insbesondere auf den Bereich der **Krankenhausradiologie**, deren Stellenwert aufgrund der Streichung der radiologischen Abteilungen im Krankenhausbedarfsplan an Bedeutung verlieren würde. Die sich aus dieser Entwicklung abzeichnenden Folgen für die Krankenhausradiologie sowie insbesondere die zu erwartenden Auswirkungen auf die bislang überwiegend im Krankenhaus geleistete Aus- und Weiterbildung sprechen daher gegen ein flächendeckendes Outsourcing im Fachgebiet der Radiologie.

Alternativ zur Ausgliederung der Krankenhausabteilung kommen daher daneben vielfältige schuldrechtliche Vertragsbeziehungen in Form von **Nutzungsüberlassungs- oder Leistungserbringungsverträgen** in Betracht, bei denen die niedergelassenen Vertragsärzte oder die Krankenhausärzte radiologische Leistungen an ambulanten bzw. stationären Patienten erbringen, die bisher vom Krankenhaus erbracht wurden. Hierbei kann es auch zu einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Radiologen und dem Krankenhausradiologen, insbesondere im Bereich der Privatliquidation, kommen. Dabei kann die Erbringung der medizinischen Leistungen an den Geräten des niedergelassenen Radiologen, des Krankenhauses oder an gemeinsam vom Krankenhaus und den Radiologen angeschafften Geräten erfolgen. Die Abrechnung ambulanter Leistungen erfolgt durch den niedergelassenen Radiologen, während stationäre Leistungen durch das Krankenhaus abgerechnet und die Aufwendungen dem Radiologen erstattet werden. Bei allen Formen der kooperativen Zusammenarbeit zwischen Radiologen und Krankenhäusern sind die Vorgaben des ärztlichen Berufs- und Vertragsarztrechts sowie die Krankenhausgesetze des Bundes und der Länder zu beachten.

#### **IV. Arztrechtliche Vorgaben für Krankenhauskooperationen**

##### **1. Vereinbarkeit mit den Grundsätzen vertragsärztlicher Tätigkeit**

Die Kooperation des in den Räumen eines Krankenhauses niedergelassenen Radiologen mit dem Ziel, dass das Krankenhaus ärztliche Leistungen von der Praxis bezieht, hat das Bundessozialgericht (BSG) unter bestimmten Voraussetzungen als mit den nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (§ 20 Abs. 1, 2 Ärzte-ZV) an den Vertragsarzt zu stellenden Eignungsanforderungen für vereinbar erklärt (vgl. BSG, Urt. v. 15.03.1995, Az.: 6 RKa 24/95 und BSG, Urt. v. 5.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97). Die Niederlassung am Krankenhaus darf aber weder dazu führen, dass der Arzt für die vertragsärztliche Versorgung persönlich nicht im erforderlichen Maße zur Verfügung steht, noch darf der Vertragsarzt eine ärztliche Tätigkeit ausüben, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist.

#### **a. Erforderlicher Umfang vertragsärztlicher Tätigkeit**

Zur Gewährleistung des der Kassenärztlichen Vereinigung obliegenden Sicherstellungsauftrages muss der Vertragsarzt für die Versorgung der GKV-Versicherten im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen. Der am Krankenhaus niedergelassene Radiologe darf somit nicht dergestalt in den Krankenhausbetrieb eingebunden sein, dass er seinen vertragsärztlichen Verpflichtungen in zeitlicher Hinsicht und bezüglich der persönlichen Leistungserbringung nicht mehr nachkommen kann. Der **Schwerpunkt** der beruflichen Betätigung des mit dem Krankenhaus kooperierenden Radiologen muss zweifelsfrei in seiner vertragsärztlichen Tätigkeit liegen, während die anderweitige Tätigkeit für das Krankenhaus als Nebenbeschäftigung erkennbar sein muss.

Das Bundessozialgericht (Urt. v. 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R; ebenso BSG, Urt. v. 11.09.2002, Az.: B 6 KA 23/01 R) hat diese Vorgaben im Fall einer die Zulassung begehrenden Psychotherapeutin dahingehend konkretisiert, dass eine neben der Tätigkeit in niedergelassener Praxis bestehende abhängige Beschäftigung als angestellte Psychotherapeutin nicht mehr als ein Drittel der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, also ca. 13 Wochenstunden, ausmachen dürfe. Der niedergelassene Radiologe muss sich bei Eingehung einer Kooperation mit dem Krankenhaus hinsichtlich seiner ärztlichen Tätigkeit für die stationären Patienten des Krankenhauses an dieser 13-Stunden-Grenze zumindest orientieren. Bei ihm ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Umfang zur persönlichen Leistungserbringung gegenüber dem Krankenhaus nicht mit den Verpflichtungen aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis mit festen Arbeitszeiten gleichzusetzen ist, so dass bei der Gestaltung der Kooperation im Hinblick auf die Bestimmung des zeitlich zulässigen Umfangs der übrigen Tätigkeit mehr Spielraum verbleibt.

#### **b. Vereinbarkeit mit dem Wesen vertragsärztlicher Tätigkeit**

Weiter darf der Arzt neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit keine anderweitige ärztliche Tätigkeit ausüben, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Die Niederlassung am

Krankenhaus verstößt nicht gegen die Zulassungsverordnung der Ärzte, soweit nicht faktisch die Wahrnehmung der Tätigkeit eines Krankenhausarztes durch einen zurvertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt erfolgt, die nicht in den dafür zulassungsrechtlich vorgesehenen Formen, wie der belegärztlichen Tätigkeit, vorgenommen wird. Daraus folgt, dass im Bereich der Radiologie und auch der Nuklearmedizin eine gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Krankenhausarzt und Vertragsarzt mit § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV unvereinbar ist, da hierdurch die unkontrollierte Verschiebung von Patienten zwischen dem ambulanten und stationären Bereich möglich wäre. Die Gefahr einer derartigen **Interessen- und Pflichtenkollision** besteht nach Ansicht des BSG nur bei den ärztlichen Fachgebieten nicht, bei denen keine unmittelbare Einbindung in die Patientenversorgung erfolgt (z.B. Pathologen, Laborärzte; BSG, Urt. v. 5.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97).

Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass der Arzt trotz seiner Tätigkeit für das Krankenhaus Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz von Personal und Sachmitteln der Praxis selbst bestimmen kann (**eigenverantwortliche Praxisausübung**).

Den Anforderungen an eine eigenverantwortliche Praxisausübung des Radiologen steht nicht entgegen, dass ein Teil des in der Praxis tätigen Personals im Wege des Gestellungsvertrages von dem Krankenhaus, mit dem die Praxis kooperiert, übernommen wird. Erst dann, wenn der weitaus größere Teil des Personals der vertragsärztlichen Praxis vom Krankenhaus überlassen würde, liegt nach Auffassung des Bundessozialgerichts eine eigenverantwortliche Praxisausübung nicht mehr vor.

Neben der personellen Trennung verlangt die Rechtsprechung auch eine **räumliche Trennung** zwischen Arztpraxis und Krankenhaus dergestalt, dass Empfang und Wartebereich sowie Arztzimmer durch eine verschließbare Tür von den übrigen Räumen getrennt sind. Dagegen ist eine Durchführung der Untersuchungen bzw. Behandlungen in gemeinsam genutzten Räumlichkeiten zulässig.

Aus wirtschaftlicher Sicht ist insbesondere von Bedeutung, dass der Radiologe Mitgesellschafter einer gemeinsam vom Krankenhaus und ihm gegründeten

**Apparategemeinschaft** in der Rechtsform einer GbR, GmbH oder sonstigen Gesellschaftsform sein kann. Die Mitgesellschafterfunktion verstößt nicht gegen § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV, da es sich hierbei nicht um eine ärztliche Tätigkeit handelt.

Schließlich ist es zulässig, wenn der niedergelassene Arzt die Bildung einer **Praxisgemeinschaft mit Krankenhausärzten** beabsichtigt. Diese Praxisform ist durch § 33 Abs. 1 Ärzte-ZV ausdrücklich zugelassen. Dies gilt auch, wenn nicht alle Ärzte der Praxisgemeinschaft zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Im Übrigen ist der Grundsatz der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu beachten, wie er auch durch das Krankenhausrecht vorgegeben wird. So enthalten etwa die meisten Bestimmungen der Krankenhausgesetze der Länder Vorschriften darüber, dass Ärzte, die weder Belegärzte noch hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte des Krankenhauses sind, nur zur ergänzenden Untersuchung und Behandlung tätig werden dürfen, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist (vgl. z.B. § 34 Abs. 2 Krankenhausgesetz NW).

## **2. Zweigpraxis und ausgelagerte Praxisräume**

Neben der ausschließlichen Niederlassung in Räumlichkeiten des Krankenhauses ist es darüber hinaus denkbar, dass Radiologen unter Beibehaltung ihres Praxisstandortes lediglich einen Teil ihres Leistungsspektrums an das Krankenhaus verlagern und dort z.B. eine gemeinsame Gerätenutzung mit dem Krankenhaus vereinbaren. Bei dieser Form der Kooperation eines niedergelassenen Arztes mit einem Krankenhaus sind jedoch zusätzliche Vorgaben des ärztlichen Berufs- und Vertragsarztrechts zu beachten.

Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit ist nach der berufsrechtlichen Vorschrift des § 17 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und den einschlägigen Vorschriften der landesrechtlichen Heilberufs- und Kammergesetze (vgl. z.B. § 29 Abs. 2 Heilberufsgesetz NW) an die **Niederlassung in eigener Praxis** gebunden. § 17 Abs. 2 MBO-Ä bestimmt darüber hinaus, dass die ärztliche Tätigkeit nicht im Umherziehen ausgeübt werden kann. Darüber hinaus ist

es dem Arzt nach § 18 Abs. 1 Satz 1 MBO-Ä grundsätzlich nicht gestattet, an mehreren Orten Sprechstunden abzuhalten.

Im Vertragsarztrecht regelt § 24 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV, dass der Vertragsarzt seine Sprechstunden am Ort der Niederlassung abhalten muss. Auch die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erfolgt gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV für den Ort der Niederlassung als Arzt (**Vertragsarztsitz**). Als Ort der Niederlassung ist nach der Rechtsprechung nicht die Gemeinde, in der sich die Praxis befindet, sondern die konkrete Anschrift zu verstehen (BSG, Urteil v. 20.12.1995, Az.: 6 RKa 55/94). Demzufolge ist auch im Zulassungsantrag anzugeben, für welchen konkreten Vertragsarztsitz die Zulassung beantragt wird (§ 18 Abs. 2 Ärzte-ZV). Aus diesen Vorschriften folgt, dass es dem Vertragsarzt auch vertragsarztrechtlich nicht gestattet ist, Sprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes abzuhalten.

Als Ausnahme der Beschränkung der Tätigkeit auf den Praxissitz sieht § 18 Abs. 1 Satz 2 MBO-Ä die Genehmigung einer **Zweigpraxis** (Sprechstunde) durch die Ärztekammer vor. Eine Zweigpraxis bedeutet, dass der Arzt außerhalb seiner Praxis am Ort der Niederlassung auch an einem anderen Ort dieselben Praxistätigkeiten wie am eigentlichen Praxissitz, jedoch nur in einem geringeren Umfang ausübt. Der Vertragsarzt benötigt zur Eröffnung einer Zweigpraxis zudem eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, in der Ort und Umfang der außerhalb des Praxissitzes auszuübenden vertragsärztlichen Tätigkeit zu regeln ist.

Die **Genehmigung** einer Zweigpraxis kommt nach § 18 Abs. 1 Satz 2 MBO-Ä jedoch nur dann in Betracht, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert. Für die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dementsprechend die Sicherstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit Voraussetzung (BSG, Urteil v. 20.12.1995, Az.: 6 RKa 55/94). Als Anhaltspunkte für die Feststellung dieses Sicherstellungsinteresses kommen insbesondere die Arztdichte, die Versichertenzahl, die Entfernung der Arztsitze untereinander und die Verkehrsverhältnisse in den betreffenden Gebieten in Betracht.

In Abgrenzung zu der Zweigpraxis darf der Arzt nach § 18 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä ohne Genehmigung in räumlicher Nähe zum Ort seiner Niederlassung Untersuchungs- und Behandlungsräume ausschließlich für spezielle Untersuchungs- oder Behandlungszwecke (z.B. Operationen, medizinisch-technische Leistungen) unterhalten, in denen er seine Patienten nach Aufsuchen seiner Praxis versorgt (**ausgelagerte Praxisräume**). Dasselbe gilt nach § 18 Abs. 2 Satz 2 MBO-Ä für eine gemeinschaftlich mit anderen Ärzten organisierte Notfallpraxis in den sprechstundenfreien Zeiten.

Schon der Wortlaut des § 18 Abs. 2 MBO-Ä macht aber deutlich, dass die Zulässigkeit der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Der Verwaltungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg hat in einem Urteil vom 16.05.2000 – Az.: 9 S 1445/99 – jedoch darauf hingewiesen, dass die Vorschrift des § 18 Abs. 2 MBO-Ä nur definiert, was unter ausgelagerten Praxisräumen zu verstehen ist, aber keine Voraussetzungen bestimmt. Die grundsätzlichen Voraussetzungen der Zulässigkeit einer ärztlichen Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen sind durch verschiedene Gerichte konkret bestimmt worden. Allerdings wird die Vorschrift des § 18 Abs. 2 MBO-Ä von den Gerichten eng ausgelegt, um zu verhindern, dass aus ausgelagerten Praxisräumen faktisch genehmigungsbedürftige Zweigpraxen werden.

Voraussetzung ist dabei zunächst, dass der Erbringung der gesamten ärztlichen Behandlungsleistung am Ort der Niederlassung selbst ein sachlicher Grund medizinischer und/oder organisatorischer Art entgegensteht. Dies kann beispielsweise angenommen werden, wenn der Arzt bestimmte Einrichtungen (z.B. Großgeräte) in seinen eigentlichen Praxisräumen nicht unterbringen oder weil er bestimmte kostspielige Geräte oder bestimmte besondere Einrichtungen oder besonders ausgestattete Räume nur gemeinsam mit anderen Ärzten unterhalten kann. Ferner muss der Arzt imstande sein und bleiben, die ärztliche Behandlung seiner Patienten insgesamt eigenverantwortlich wahrzunehmen. Vor allem deshalb müssen die ausgelagerten Praxisräume in **räumlicher Nähe** zum Ort der Niederlassung liegen, so dass der Arzt seinen Behandlungspflichten uneingeschränkt nachkommen kann. Wenn der Arzt auch nicht zwingend alleiniger

Eigentümer oder Mieter der ausgelagerten Räume sein muss, muss ihm zumindest eine Nutzungsbefugnis zustehen, die nicht nur für den einzelnen Behandlungsfall ad hoc eingeräumt wird, sondern generell – wenn auch nur beschränkt auf wiederkehrende Zeiträume beschränkt – besteht. Schließlich ist Voraussetzung, dass nur die spezielle Untersuchung oder Behandlung unter Nutzung des besonderen Gerätes oder des besonders ausgestatteten Raumes ausgelagert wird und die ärztliche Behandlung der Patienten im übrigen in den eigentlichen Praxisräumen erfolgt. Dies soll nicht nur hinsichtlich des Erstkontakts, sondern – über den Wortlaut der Vorschrift hinaus – auch für diejenigen nachsorgenden Behandlungen gelten, die zur Behandlungspflicht des Arztes zählen.

In einem jüngeren Urteils vom 12.09.2001 – Az.: B 6 KA 64/00 R – hat das Bundessozialgericht zudem festgestellt, dass – auch wenn die Anforderungen an den „**sachlichen**“ Grund für die Auslagerung spezieller ärztlicher Leistungen nicht überspannt werden dürften - es sich nur dann um ausgelagerte Praxisräume handeln soll, wenn einzelne Leistungen aus dem gesamten Diagnose- oder Behandlungsspektrum einer Praxis nicht dort, sondern ausschließlich in von der Praxis getrennten Räumlichkeiten angeboten werden. Schon der Wortlaut „ausgelagerte“ Praxisräume impliziere, dass der Arzt Leistungen von seiner Praxis räumlich an eine andere Stelle verlagert. Dass schließe es aber aus, Räumlichkeiten, in denen zumindest teilweise **dasselbe Leistungsangebot** wie in der eigentlichen Praxis zur Verfügung gestellt werden, als ausgelagerte Praxisräume zu werten. Ansonsten könnten Ärzte wichtige Teile ihres Leistungsspektrums ohne Prüfung eines Bedarfs an mehreren Orten anbieten und lediglich formal darauf hinweisen, dass Sprechstunden allein am Hauptsitz der Praxis stattfänden.

Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht in dieser Entscheidung festgestellt, dass alle Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, also auch Radiologen, mit ausgelagerten Praxisräumen zudem in ihrem **Planungsbereich** bleiben müssen, da anderenfalls eine sinnvolle Bedarfsplanung nicht mehr möglich sei. Zwar führe das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl nach § 76 Abs. 1 SGB V dazu, dass sie Vertragsärzte unabhängig davon aufsuchen können, ob Wohnsitz des Versicherten und Vertragsarztsitz im selben Planungsbereich gelegen sind. Zur Sicherstellung der

Bedarfsplanung ändere das jedoch nichts daran, dass die Tätigkeit jedenfalls von Arztgruppen, die unmittelbar patientenbezogen tätig sind, nur innerhalb des jeweiligen Planungsbereichs ausgeübt werden können.

Durch das zitierte Urteil des Bundessozialgerichts sind die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der genehmigungsfreien ausgelagerten Praxisräumen weiter verschärft worden. Vor der Entscheidung zur Unterhaltung von ausgelagerten Praxisräumen sollte der niedergelassene Radiologe die Zulässigkeit seines Vorgehens anhand der dargestellten Voraussetzungen überprüfen und bei verbleibenden Zweifeln zur Vermeidung von vertragsarzt- und berufsrechtlichen Konsequenzen Kontakt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und Ärztekammer aufnehmen. Das gilt im übrigen auch für die Beschilderung der ausgelagerten Praxisräume, da auf ausgelagerte Praxisräume mit einem Schild gem. § 18 Abs. 3 der MBO-Ä nur nach entsprechender Genehmigung der Ärztekammer hingewiesen werden darf. Ein entsprechendes **Hinweisschild** darf nur den Namen des Arztes, seine Arztbezeichnung und den Hinweis auf die in den ausgelagerten Praxisräumen durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden enthalten.

## **V. Modellvorhaben/Integrierte Versorgung**

Deutlich verstärkte Kooperationsmöglichkeiten bestehen darüber hinaus für den Bereich der Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V und in der Integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V.

In § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V und § 140 b Abs. 4 SGB V ist für beide Bereiche vorgesehen, dass in den vertraglichen Vereinbarungen von den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden kann. Voraussetzung für die Teilnahme von Ärzten und Krankenhäusern an Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen ist deren **Zulassung**, soweit eine solche erforderlich ist. Diese ergibt sich im Bereich der Modellvorhaben aus § 64 Abs. 1 SGB V und in der integrierten Versorgung aus § 140 b Abs. 1 und 2 SGB V.

Da jedoch von den übrigen Bestimmungen abgewichen werden kann, ist der Vertragsarzt insbesondere nicht an die Vorgaben der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) und beispielsweise der Vergütungsvorschriften im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gebunden. Fraglich ist allerdings, ob durch den Inhalt der Zulassung eine Bindung der Krankenhäuser an ihren Versorgungsauftrag auch im Bereich von Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen besteht (vgl. Wigge NZS 2001, S. 66, 67). Seitens der für das Krankenhauswesen zuständigen Landesministerien wird teilweise die Auffassung vertreten, dass durch Modellvorhaben und integrierte Versorgungsformen das Krankenhausrecht und die **Krankenhausplanung** nur insoweit abbedungen werden könne, als es sich um bundesrechtliche Bestimmungen handle. Danach könne zwar von den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vertraglich abgewichen werden, nicht jedoch von der Planungskompetenz der Länder in den Landeskrankenhausgesetzen gemäss § 6 KHG.

Diese Rechtsauffassung steht im Widerspruch zum Wortlaut der Regelungen in § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V und § 140 b Abs. 4 SGB V, wonach auch von den nach den Vorschriften des KHG getroffenen Regelungen abgewichen werden kann. Wie dieser Zielkonflikt zwischen den bundesrechtlichen Vorgaben der integrierten Versorgung im SGB V und den Gesetzgebungskompetenzen der Bundesländer im Bereich des Krankenhauswesens nach Art. 74 Nr. 19 a GG aufzulösen ist, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden. Fraglich ist allerdings, ob durch die Bestimmungen im SGB V überhaupt in die **Bedarfsplanungshoheit der Länder** im Krankenhausbereich eingegriffen wird, da das BVerfG dem Bund Zuständigkeiten für eine Krankenhausplanung eingeräumt hat, die allgemein auf die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauswesens abzielt und hierbei einen allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung sichern will (BVerfGE 82, 209, 232; 83, 363, 380). Genau diese Ziele hat der Bundesgesetzgeber jedoch mit der Einführung der integrierten Versorgung verfolgt.

## **VI. Aspekte der Vertragsgestaltung**

Aus der Sicht der kooperationswilligen Radiologen ist insbesondere darauf zu achten, dass sie mit dem betreffenden Krankenhaus einerseits einen beide Interessenlagen berücksichtigenden Kooperationsvertrag abschließen, der insbesondere die Fragen der Personal- und Sachmittelnutzung und Vergütung regelt. Andererseits ist der Abschluss eines Mietvertrages über die Räumlichkeiten des Krankenhauses erforderlich, soweit die Tätigkeit im Krankenhaus ausgeübt wird. Dabei ist darauf zu achten, dass Kooperations- und Mietvertrag hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Dauer abgestimmte Regelungen enthalten, damit diese im Falle einer Kündigung oder eines Auslaufens des Vertrages nicht auseinanderfallen.

### **1. Der Kooperationsvertrag**

Inhalt und Umfang der beabsichtigten Zusammenarbeit vereinbaren der Radiologe und der Krankenhausträger in einem schuldrechtlichen Vertrag, dem Kooperationsvertrag. Soweit darüber hinaus gemeinsame Ziele, wie etwa die Anschaffung von Geräten (z.B. CT oder MRT) verfolgt werden und dieses in dem Vertrag vereinbart wird, enthält die Vereinbarung darüber hinaus einen Gesellschaftsvertrag in der Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (§§ 705 ff. BGB).

Die Kooperation stellt eine freiwillige Zusammenarbeit der Vertragspartner unter Beibehaltung ihrer rechtlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit und Unabhängigkeit dar. Auch wenn durch die Kooperation sowohl der Radiologe, als auch das Krankenhaus bei der Erfüllung der eigenen Aufgaben profitieren sollen und insbesondere eine wirtschaftlichere Auslastung teurer medizinischer Großgeräte erreicht werden soll, werden durch die Kooperation auch gegenseitige Abhängigkeiten geschaffen, die zu Unstimmigkeiten führen können. Dem Radiologen ist daher anzuraten die schriftlichen Vereinbarungen mit dem Krankenhausträger eingehend und im Detail zu regeln, da aufgrund der getroffenen Investitionsentscheidung und der i.d.R. langfristigen Laufzeit der Verträge eine Umorientierung kaum möglich sein wird.

## 2. Gemeinschaftspraxis als Vertragspartner

Die Vertragsbeziehungen der niedergelassenen Radiologen mit dem Krankenhaus können auch durch die ärztliche Gemeinschaftspraxis hergestellt werden, soweit eine entsprechende gesellschaftsrechtliche Verbindung unter den Ärzten besteht. Sowohl für die privatärztliche, als auch die vertragsarztrechtliche Gemeinschaftspraxis gilt, dass diese nur in der Rechtsform der **Gesellschaft bürgerlichen Rechts** (§ 705 ff. BGB) sowie seit Einführung des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (PartGG) vom 25.07.1994 (BGBl. I, S. 744) als Partnerschaftsgesellschaft geführt werden können.

Bisher wurde mangels eigener Rechtspersönlichkeit der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) durch den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus nicht die Gemeinschaftspraxis als Gesellschaft, sondern die einzelnen Gesellschafter als Vertragspartner des Krankenhauses verpflichtet. Die Gesellschafter waren insoweit gesamthandsberechtigt und hafteten als Gesamtschuldner. Die Partnerschaftsgesellschaft hat dagegen den Vorteil, dass diese durch die Eintragung in das Partnerschaftsregister rechtsfähig ist (vgl. § 7 Abs. 1 PartGG). Mit Urteil vom 29.01.2001 hat der BGH (vgl. BGH NJW 2001, 1056) indes festgestellt, dass auch die (Außen-)GbR **Rechtsfähigkeit** besitzt, soweit sie durch Teilnahme am Rechtsverkehr eigene Rechte und Pflichten begründet. In diesem Verhältnis sind daher Vertragsbeziehungen zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus unmittelbar mit der Gemeinschaftspraxis und nicht mit den einzelnen Ärzten denkbar. Der Vorteil besteht darin, dass eine Veränderung im Mitgliederbestand der Gemeinschaftspraxis ohne Einfluss auf das Kooperationsverhältnis zum Krankenhaus wäre, denn Partei des Kooperationsvertrages wären nicht die einzelnen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis, sondern diese als Gesellschaft.

## 3. Stellung des Radiologen

Der Radiologe wird im Rahmen seiner Niederlassung am Krankenhaus ausschließlich freiberuflich tätig, d.h. er erbringt eigene ärztliche Leistungen an eigenen Patienten oder Patienten des Krankenhauses und rechnet diese selbständig ab. Wie bereits oben ausführlich dargestellt worden ist, ist Voraussetzung für eine

Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes am Krankenhaus, dass er zu diesem weder in einem Anstellungsverhältnis, noch in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis steht. Dies ergibt sich einerseits, zumindest indirekt aus Vorschriften des Vertragsarztrechts (z. B. § 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V, §§ 20, 24, 32 Ärzte-ZV) sowie aus den Heilberufs- bzw. Kammergesetzen der Länder (z. B. § 29 HeilBerG NW). Die Regelung in § 29 Abs. 3 Satz 1 HeilBerG NW findet sich ebenfalls in § 17 Abs. 1 MBO-Ä. Nach Auffassung des VG Köln beinhaltet § 29 Abs. 3 Satz 1 HeilBerG NW ein grundsätzliches **Verbot der Begründung von Anstellungsverhältnissen** gegenüber Ärzten in der ambulanten Versorgung (vgl. OVG NW, Urt. v. 14.09.2000, Az.: 13 A 2633/98 = MedR 2001, S. 150ff.). Mit diesen berufs- und vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen sind Vertragsgestaltungen in Kooperationsverträgen mit Krankenhausträgern unvereinbar, die den Arzt in seiner ärztlichen, aber auch wirtschaftlichen Entscheidungsfreiheit über Gebühr einschränken.

Problematisch sind nach der Rechtsprechung Gebrauchsüberlassungen durch Dritte, insbesondere berufsfremder Personen im Wege von **Umsatz- oder Gewinnbeteiligungen** (BGHZ 75, 217; OLG München, Urt. v. 22.04.1998 – Az.: 21 U 4042/97). Vertragsgestaltungen deren Ziel es ist, den Krankenhausträger mittelbar durch eine gewinnorientierte Miete oder Pacht am Gewinn des Arztes aus der ärztlichen Berufstätigkeit zu beteiligen, sind daher nach § 134 BGB u.U. nichtig, weil sie die Unabhängigkeit des Arztes in seiner fachlichen Entscheidung und insbesondere in der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gefährden. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine gänzliche oder überwiegende Gewinnabschöpfung durch das Krankenhaus unter Auszahlung eines fest vorgesehenen Gewinnanteils oder eines Fixums erfolgt. Die Bemessung des Nutzungsentgeltes für die Überlassung von medizinischen Geräten des Krankenhauses an den niedergelassenen Radiologen zur Durchführung von Untersuchungen an eigenen Patienten sollte deshalb, ebenso wie im Mietvertrag, auf der Grundlage der tatsächlichen Nutzung und auf einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Grundlage erfolgen (Anschaffungskosten und Alter der Geräte, steuerliche Abschreibung).

Durch den Kooperationsvertrag wird der niedergelassene Radiologe darüber hinaus in vielfältiger Weise in den **Krankenhausbetrieb** eingegliedert. Auch hier ist darauf zu achten, dass diese Bindungen nur in dem Umfang akzeptiert werden, als sie für eine kooperative Berufsausübung auf Seiten des Krankenhauses erforderlich sind. Vertragliche Regelungen, die etwa in den Zulassungsstatus des niedergelassenen Arztes eingreifen, wie etwa ein Recht des Krankenhauses auf „Nachbesetzung“ des Vertragsarztsitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V im Falle des Ausscheidens des Niedergelassenen Arzt aus der Kooperation, sind eindeutig unzulässig.

Die Zusammenarbeit des niedergelassenen Radiologen mit einem Krankenhausradiologen im Sinne einer Arbeitsteilung ist Rahmen der bereits geschilderten vertragsarzt- und berufsrechtlichen Vorgaben zulässig. Ein Krankenhausradiologe, der über keine Ermächtigung verfügt, kann den niedergelassenen Radiologen in seiner Abwesenheit vertreten. Zu beachten ist allerdings, dass er bei Kassenpatienten nach der Rechtsprechung des BSG die Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen muss; z.B. nach der Kernspin- und Computertomographievereinbarung (BSG, Urt. 28.01.1998, Az.: B 6 KA 93/96 R).

#### **4. Umfang der Leistungen**

Gegenstand der Kooperationsvereinbarung können sowohl ambulante privat- und vertragsärztliche Leistungen, als auch stationäre Leistungen des Krankenhauses sein. Während die Untersuchung und Behandlung ambulanter Patienten, wie auch sonst in der niedergelassenen Praxis, durch den niedergelassenen Arzt auf eigene Rechnung gegenüber den Patienten oder zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt, wird der Radiologe gegenüber stationären Patienten im Auftrag des Krankenhauses tätig.

Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn der Radiologe die Krankenhausabteilung übernommen hat oder das Krankenhaus keine eigene radiologische Abteilung vorhält. In diesem Fall erhält der niedergelassene Arzt eine Vergütung vom Krankenhaus. Teilweise ist gegen diese Form der

Leistungserbringung eingewandt worden, dass sie gegen die belegärztlichen Zulassungsvoraussetzungen nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Krankenhausfinanzierungsgesetze der Länder verstößt (**sog. „schwarzer Belegarztvertrag“**). Danach setzt die Tätigkeit von Belegärzten eine krankenhausrechtlich zugelassene Belegabteilung (vgl. § 36 Abs. 2 KHG NW) und im vertragsärztlichen Bereich die Anerkennung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus (vgl. § 40 BMV-Ä/ § 32 AEKV). Voraussetzung für die Annahme einer Belegarztstätigkeit ist jedoch, dass es sich um eigene Patienten des niedergelassenen Arztes handelt (sog. Belegpatienten, vgl. § 121 Abs. 2 SGB V), die im Krankenhaus voll- oder teilstationär behandelt werden. Demgegenüber wird der Radiologe im Rahmen der Kooperationsvereinbarung gerade nicht für eigene Patienten, sondern im Auftrag des Krankenhauses tätig.

Den Umfang der von dem Radiologen für das Krankenhaus zu erbringenden Leistungen und die hierfür zu zahlende Vergütung sollten die Parteien in einem gesonderten **Leistungserbringungsvertrag** vereinbaren. Soweit die Leistungserbringung gegenüber stationären Patienten ein Motiv des Krankenhauses für die Kooperation mit dem Radiologen ist, ist es für den Radiologen ratsam, sich ein jährliches Leistungsbudget seitens des Krankenhauses zusichern zu lassen. Dieses sollte aufgrund der bestehenden Unwägbarkeiten der Entwicklung der Honorare in der vertragsärztlichen Versorgung auf GOÄ-Basis oder auf der Grundlage einer individuellen Vergütungsabrede vereinbart werden. Soweit der Radiologe Geräte des Krankenhauses für die Untersuchungen nutzt, kann vereinbart werden, dass Gegenstand der Vergütung ausschließlich die ärztliche Leistung des niedergelassenen Arztes ist und dies bei der Bemessung der Vergütung berücksichtigt werden. Die Vergütungen sollten für Untersuchungen innerhalb und außerhalb der Kernzeiten der Praxis unterschiedlich sein.

Darüber hinaus sind Regelungen über die Anmeldung der Patienten durch die anderen Abteilungen des Krankenhauses und die Behandlung von Notfallpatienten des Krankenhauses in den Vertrag aufzunehmen. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass die Stationsärzte ihre Patienten rechtzeitig zur Untersuchung in der

Praxis anmelden, um Beeinträchtigungen des laufenden Praxisbetriebes zu vermeiden.

Der Inhalt und der Umfang der Leistungserbringung für das Krankenhaus sollte im Leistungserbringungsvertrag dauerhaft festgeschrieben werden. Dies kann insbesondere durch eine Festschreibung der **Laufzeit des Vertrages** auf die Laufzeit des Kooperationsvertrages erreicht werden. Darüber hinaus sollte sich der Radiologe die Exklusivität seiner Leistungserbringung vom Krankenhaus im Vertrag zusichern lassen, da eine betriebswirtschaftliche Kalkulation der Kooperation nur möglich ist, wenn der Umfang der Leistungen auch für die Zukunft feststeht.

## **5. Wettbewerbsverbot, Bezugsverpflichtung**

Bei einem auf Dauer gerichteten Kooperationsverhältnis zwischen Radiologen und Krankenhaus ist die Sicherung der Leistungserbringung für beide Vertragsteile ein entscheidendes Kriterium. Sowohl der Arzt, der sich am Krankenhaus niederlässt, als auch das Krankenhaus begeben sich in eine gewisse Abhängigkeit hinsichtlich der Erbringung bestimmter Leistungen sowie der Nutzung der vorhandenen Einrichtung.

Der Radiologe hat deshalb ein entscheidendes Interesse daran, dass er eine **ausschließliche Berechtigung** zur Nutzung der radiologischen Geräte im Rahmen seiner Niederlassung erhält. Das Krankenhaus wird insbesondere bei der Erbringung von Spezialleistungen durch Radiologen (z.B. Kardio-CT) ein Interesse daran haben, dass der Radiologe mit keinen weiteren Krankenhäusern vertragliche Verpflichtungen eingeht.

Den gegenseitigen Interessen kann im Rahmen der **Vertragsgestaltung** Rechnung getragen werden. Der Radiologe sollte gerade diese Frage mit dem Krankenhaus im einzelnen klären, damit er langfristig vor Konkurrenz durch Dritte am Krankenhaus geschützt wird. Das Krankenhaus sollte sich deshalb im Falle der Leistungserbringung durch die niedergelassenen Radiologen verpflichten, die Leistungen während der Laufzeit des Vertrages ausschließlich durch die Radiologen erbringen zu lassen und insbesondere keine weiteren niedergelassenen Radiologen am Hause zu etablieren. Soweit die radiologische Krankenhausabteilung durch

Ausgliederung auf die radiologische Praxis übergegangen ist, muss sichergestellt sein, dass das Krankenhaus die Abteilung nicht wieder einrichtet und die Positionen der Chefärzte nicht nachbesetzt.

Bei der Vereinbarung der **Bezugsverpflichtung** ist insbesondere darauf zu achten, dass eine Entwicklungsklausel vorgesehen wird. Das bedeutet, dass sich die Verpflichtung des Krankenhauses, bestimmte Leistungen durch die radiologische Praxis erbringen zu lassen, nicht nur auf das gegenwärtige Leistungsspektrum bezieht, sondern technische Innovationen einbezieht. Anderenfalls könnte das Krankenhaus im Falle der Weiterentwicklung von bestimmten bildgebenden Verfahren auch andere Radiologen mit der Leistungserbringung beauftragen. Vertraglich auszuschließen ist auch der Fall, dass andere Fachgruppen im Rahmen der Änderung der Weiterbildungsordnung berechtigt werden, radiologische Leistungen zu erbringen. Insofern sind Bestimmungen aufzunehmen, wonach auch andere Fachgruppen nicht zu einer entsprechenden Leistungsbringung für das Krankenhaus berechtigt sind.

Die Radiologen können sich im Gegenzug gegenüber dem Krankenhaus verpflichten, besondere für das Krankenhaus zu erbringende Leistungen ausschließlich für das Krankenhaus durchzuführen. Soweit allerdings die Leistungserbringung durch die Radiologen an einem Gerät erfolgt, welches die niedergelassenen Radiologen angeschafft haben, sollte diese Verpflichtung darauf beschränkt sein, dass eine **wirtschaftliche Auslastung des Gerätes** gegeben ist. Anderenfalls wären die Radiologen auch in dem Fall, dass das Krankenhaus keine ausreichende Leistungsmenge abnimmt, verpflichtet, es zu unterlassen, mit anderen Krankenhäusern entsprechende Verträge abzuschließen. Dies kann jedoch nicht im Sinne einer Kooperationsvereinbarung sein.

## 6. Haftung

Bei der Ausgestaltung des Kooperationsvertrages und der sonstigen Verträge (Leistungserbringungs- und Nutzungsüberlassungsverträge) ist die Frage der Haftung nach den entsprechenden **Verantwortungsbereichen** zu regeln. Grundsätzlich haftet der Arzt als Anwender radiologischer Geräte für Schäden, die

seinen Patienten aus seiner ärztlichen Tätigkeit entstehen. Der Radiologe sollte deshalb eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abschließen. Das Krankenhaus wird in der Regel den Nachweis des Abschlusses dieser Versicherungen vom Radiologen verlangen.

Bei der Einbeziehung von **Krankenhauspersonal** haftet der Radiologe auch für dieses. Die vom Krankenhaus der radiologischen Praxis überlassenen Mitarbeiter sind insoweit Erfüllungsgehilfen, für deren Verschulden die Ärzte im gleichen Umfange einzustehen haben wie für eigenes Verschulden.

Aufgrund der **wechselseitigen Überlassung von radiologischen Geräten** sollte im Vertrag geregelt sein, wer für etwaige Einnahmeausfälle bei Ausfall oder Stillstand von Geräten und Einrichtungen haftet. Es empfiehlt sich für den Radiologen in diesem Fall, eine Betriebsunterbrechungsversicherung abzuschließen. Soweit der Ausfall von Geräten auf ein schuldhaftes Verhalten des Krankenhauses zurückzuführen ist, sollte im Vertrag die Ersatzpflicht des Krankenhauses gegenüber der Praxis geregelt werden.

## **7. Vertragslaufzeit**

Die Einrichtung einer radiologischen Praxis am Krankenhaus ist, insbesondere wenn eigene Geräte installiert werden, eine relativ kostspielige Angelegenheit und insoweit auf Dauer angelegt. Im Kooperationsvertrag und den zusätzlich abgeschlossenen Verträgen sollten deshalb **langfristige Laufzeiten** vereinbart werden. Darüber hinaus sollten sämtliche Verträge eine rechtliche Einheit dahingehend bilden, dass Laufzeiten und Kündigungsfristen einheitlich ausgestaltet werden und die Berechtigung zur Kündigung eines Vertrages auch zur Kündigung der übrigen Verträge berechtigt. Soweit die Kündigung eines Vertrages erfolgt, wird die Durchführung der übrigen Verträge in der Regel für alle Vertragsparteien nicht sinnvoll sein. Deutlich wird dies insbesondere bei einem Auseinanderfallen von Kündigung des Nutzungsüberlassungs- und des Mietvertrages.

In den Verträgen sind darüber hinaus Regelungen über die **Kündigungsmöglichkeiten** aufzunehmen. Neben der Vereinbarung einer möglichst langfristigen ordentlichen Kündigungsfrist sind Regelungen über die Kündigung der Verträge aus wichtigem Grund (außerordentliche Kündigung) aufzunehmen. Wie auch im Rahmen eines Gemeinschaftspraxisvertrages sind außerordentliche Kündigungen insbesondere dann gerechtfertigt, wenn ein Vertragsteil schuldhaft seine vertragliche Verpflichtungen in einem solchem Maße verletzt, dass dem anderen Teil die Fortsetzung des Kooperationsvertrages nicht zugemutet werden kann. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn schwerwiegende Pflichtverletzungen z.B. im Umgang mit den radiologischen Geräten oder bei der Abrechnung der Leistungen erfolgt sind. Umgekehrt kann der niedergelassene Arzt zur fristlosen Kündigung berechtigt sein, wenn das Krankenhaus seinen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Zurverfügungstellung der Geräte, nicht im ausreichenden Umfange nachkommt.

## **8. Schiedsklausel**

Um bei unterschiedlicher Auffassung über die Auslegung oder die Durchführung der vertraglichen Vereinbarungen zu einem unkomplizierten und schnellen für beide Seiten verbindlichen Ergebnis zu kommen, empfiehlt es sich, in sämtlichen Verträgen ein Schiedsgericht zu vereinbaren. Das Schiedsgericht ist ein privates Gericht, das wie die ordentliche Gerichtsbarkeit **streitentscheidende Funktionen** hat. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine ausschließliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts vereinbart wird und insoweit keine zusätzliche Anrufung der ordentlichen Gerichte möglich ist.

Das Schiedsgericht hat insbesondere den Vorteil, dass es lediglich eine Instanz kennt und insoweit zu einer **Verfahrensverkürzung** beiträgt, wenn durch sachkundige Schiedsrichter ohne Sachverständige entschieden werden kann. Gerade Streitigkeiten, zu deren Beurteilung eine besondere Sachkunde erforderlich ist, wie im Bereich ärztlicher Kooperationen, eignen sich für eine Entscheidung durch ein Schiedsgericht, da durch entsprechende Schiedsrichter eine sachkundige Besetzung sichergestellt werden kann. Ein erheblicher Vorteil des

schiedsgerichtlichen Verfahrens ist auch seine Nichtöffentlichkeit, da Dritte an den Sitzungen des Schiedsgerichts nicht ohne Einverständnis der Parteien teilnehmen können und Schiedssprüche nicht ohne Zustimmung der Parteien publiziert werden dürfen. Hinsichtlich der Kosten ist festzustellen, dass diese höher sind als ein Instanzverfahren. Dieser Nachteil wird jedoch durch die Tatsache ausgeglichen, dass nur eine Instanz zu entscheiden hat.

## **VII. Arbeitsrechtliche Aspekte**

Je nachdem, ob Gegenstand der vertraglichen Vereinbarungen zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus die vollständige Übernahme der radiologischen Abteilung oder nur eine Mitbenutzung von Räumen, Einrichtungen, Geräten, Material und Personal ist, sind auch unterschiedliche arbeitsrechtliche Folgen in Bezug auf das Krankenhauspersonal zu berücksichtigen.

### **1. Betriebsübergang**

Bei der **Übernahme einer Krankenhausabteilung** ist in arbeitsrechtlicher Hinsicht § 613 a BGB zu beachten, der eine gesetzliche Regelung des Betriebsüberganges und seine Auswirkung auf das Arbeitsverhältnis der betroffenen Arbeitnehmer enthält. Ein Betriebsübergang hat als gesetzliche Folge, dass der Erwerber, also der Arzt, mit allen Rechten und Pflichten in die Arbeitsverhältnisse eintritt.

Nach § 613 a Abs. 4 BGB werden Rechtsnormen von Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen, die die Rechte und Pflichten der Arbeitsvertragsparteien regeln, in das Arbeitsverhältnis transformiert. Das bedeutet, dass der niedergelassene Arzt, der das Krankenhauspersonal der radiologischen Abteilung übernimmt, die für diesen Arbeitnehmerkreis geltenden BAT-Vorschriften oder Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirchen beachten muss. Dieses **transformierte Kollektivrecht** darf grundsätzlich nicht vor Ablauf eines Jahres zum Nachteil des Arbeitnehmers geändert werden. Nach Ablauf dieses Jahres stehen dem Arzt die Möglichkeiten des Individualarbeitsrechts zur Verfügung; d.h. Kündigung, Änderungskündigung.

Eine **Kündigung des Arbeitsverhältnisses** aus Anlass des Betriebsüberganges ist nach § 613 a Abs. 4 BGB rechtsunwirksam. Unberührt bleibt das Kündigungsrecht aus anderen Gründen. Eine betriebsbedingte Kündigung seitens des Krankenhauses ist allerdings nur möglich, wenn in den übrigen Betriebsteilen des Krankenhauses keine ausreichenden Arbeitsplätze mehr vorhanden sind. Insofern sollte unbedingt bei der vertraglichen Gestaltung Wert darauf gelegt werden, dass seitens des Arztes keine Verpflichtung zur Übernahme des Personals besteht bzw. das Krankenhaus sich zumindest verpflichtet, das in der Abteilung vorhandene Personal anderweitig einzusetzen. Soweit sich der niedergelassene Arzt gegenüber dem Krankenhaus zur Übernahme des gesamten oder eines Teiles des Personals verpflichtet, sollte darauf geachtet werden, welche tarifvertragliche Vergütung die Krankenhausmitarbeiter erhalten. In den meisten Fällen ist die tarifvertragliche Vergütung von Krankenhauspersonal höher als die Vergütung im niedergelassenen Bereich.

## 2. Personalgestaltung

Wird lediglich eine Nutzung der vorhandenen radiologischen Abteilung oder der Krankenhauseinrichtung bei Nichtvorhandensein einer Abteilung vereinbart, wird häufig die Möglichkeit der Inanspruchnahme von **Krankenhauspersonal** durch den niedergelassenen Radiologen zur Erbringung von medizinischen Leistungen vereinbart.

Durch die Bereitstellung von Krankenhausmitarbeitern bleiben diese rechtlich gesehen Arbeitnehmer des Krankenhausträgers. In einem bestimmten zeitlichen Rahmen werden sie jedoch für die ambulante oder stationäre Tätigkeit des Radiologen eingesetzt. Das **Direktionsrecht des Krankenhausträgers** wird für die Zeit der Bereitstellung teilweise auf den Radiologen übertragen, soweit es die fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringung erfordern. Der Arzt hat bei dem Einsatz des Krankenhauspersonals die Arbeitsverträge mit dem Krankenhaus und den Qualifikationsstand zu beachten. Daneben bleibt das allgemeine Weisungsrecht des Krankenhausträgers in bezug auf Art, Zeit und Ort der Arbeitsleistung sowie des Verhaltens am Arbeitsplatz weiterhin bestehen. Hinsichtlich der Qualität der Leistungen, die von den Krankenhausmitarbeitern erbracht werden, ist zu beachten, dass der Krankenhausträger nach der Rechtsprechung des BGH nicht für die Ordnungsmäßigkeit der Dienstleistung, sondern nur für die Auswahl des Personals haftet.

Soweit im Falle einer Ausgliederung der Abteilung das Krankenhauspersonal im Wege des Personalgestellungsvertrages dem niedergelassenen Arzt zur Verfügung gestellt wird, ist zu klären, ob hierdurch eine genehmigungspflichtige Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Die Zulässigkeit einer Arbeitnehmerüberlassung ist im wesentlichen durch das **Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG)** geregelt. Danach liegt eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung vor, wenn ein Arbeitgeber einem Dritten (Entleiher) Arbeitnehmer gewerbsmäßig zur Arbeitsleistung überlässt, ohne damit Arbeitsvermittlung nach § 13 AFG zu betreiben. Eine „gewerbsmäßige“ Arbeitnehmerüberlassung liegt jedoch nur dann vor, wenn eine selbständige, auf Gewinnerzielung gerichtete Tätigkeit vorliegt. Von dieser ist

jedoch im Falle der Ausgliederung einer Krankenhausabteilung nicht auszugehen, da die Ursache der Personalgestellung ausschließlich in der organisatorischen Regelung der medizinischen Leistungserbringung liegt. Auch nach Auffassung der Bundesanstalt für Arbeit liegt in diesen Fällen keine gewerbsmäßige Arbeitnehmerüberlassung vor, da die Krankenhäuser entweder zum überwiegenden Teil kommunale Einrichtungen sind und Städte und Gemeinden in der Regel nicht gewerbsmäßig handeln, oder von gemeinnützigen Verbänden getragen werden, die in der Regel ebenfalls nicht gewerbsmäßig handeln.

Für **nicht gewerbsmäßige Arbeitnehmerüberlassungen** gilt allerdings auch die Vorschrift des Art. 1 § 1 Abs. 2 AÜG, die u.a. dann Arbeitsvermittlung vermutet, wenn die Dauer der Überlassung im Einzelfall 9 Monate übersteigt. Die Vermittlungsvermutung kann aber gegenüber dem regional zuständigen Landesarbeitsamt widerlegt werden. Dies wird der Fall sein, wenn das Arbeitsverhältnis zwischen Verleiher und Leiharbeitnehmer aufrecht erhalten und die Arbeitgeberpflichten und Arbeitgeberrisiken voll erfüllt bzw. getragen werden. Auf jeden Fall ist die Frage der Personalüberlassung mit den regional zuständigen Landesarbeitsämtern vor der Personalgestellung abzuklären, um eine Kollision mit dem Arbeitnehmerüberlassungsrecht zu vermeiden. Für nicht gemeinnützige Krankenhäuser, z.B. Privatkrankenanstalten nach § 30 GewO, ist eine Genehmigung für die Personalgestellung bei dem zuständigen Landesarbeitsamt einzuholen.

### 3. Eigenes Personal

Die Niederlassung am Krankenhaus erfolgt in den meisten Fällen von Ärzten, die bereits vertragsärztlich tätig sind und über einen eigenen Praxisbetrieb verfügen. Aber auch in Fällen der erstmaligen Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit wird der Radiologe ein Interesse daran haben, eigenes ärztliches und nichtärztliches Personal zu beschäftigen. Darüber hinaus ist es denkbar, dass der Radiologe sich zusätzlichen ärztlichen Sachverstands durch die Hinzuziehung krankenhausexterner Ärzte bedient.

In diesen Fällen sehen Kooperationsverträge oftmals die Regelung vor, dass die Beschäftigung fremden Personals im Krankenhaus „nur mit Zustimmung des Krankenhauses beschäftigen“ darf. Dieses umfassende **Zustimmungsrecht des Krankenhausträgers** ist nur im Rahmen der Behandlung stationärer Patienten des Krankenhauses gerechtfertigt. Bei der Behandlung eigener, insbesondere ambulanter Patienten, sollte das Mitspracherecht des Krankenhausträgers auf eine Widerspruchsmöglichkeit in den Fällen reduziert werden, in denen ein „wichtiger Grund“ i.S.d. § 626 Abs. 1 BGB in der Person des Mitarbeiters vorliegt. Andernfalls könnte der Krankenhausträger in weitreichendem und damit standesrechtlich bedenklichem Umfang die Personalverhältnisse in der Arztpraxis bestimmen.

### VIII. Nutzungsüberlassung

Die Kooperation mit dem Krankenhaus wird für den Radiologen in der Regel nur dann sinnvoll sein, wenn er auch berechtigt ist, die vorhandenen radiologischen Geräte zu nutzen. Dabei ist nicht nur der Umfang der Nutzung von Bedeutung, sondern auch, ob die Geräte zu den üblichen Praxiszeiten zur Verfügung stehen. Wichtiger Vertragsbestandteil eines Nutzungsüberlassungsvertrages zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus sind daher die Betriebszeiten, in denen die Geräte für den Arzt reserviert sind.

Dabei sollte in der vertraglichen Vereinbarung darauf geachtet werden, dass **Reservierungszeiten** im Fall der nicht erfolgten Inanspruchnahme bei einer rechtzeitigen Anzeige gegenüber dem Krankenhaus nicht abgenommen werden

müssen. Hier bietet sich eine Regelung im Nutzungsüberlassungsvertrag an, wonach Nutzungszeiten, die eine Vertragspartei nicht in Anspruch nimmt, der jeweils anderen Vertragspartei zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Nutzung von radiologischen Geräten des Krankenhauses, die die Einhaltung der Vorschriften der **Röntgenverordnung** (RöV) und der **Strahlenschutzverordnung** (StrlSchV) erfordern, sind im Vertrag die Verantwortlichkeiten der Beteiligten festzulegen. Soweit das Krankenhaus das Bestimmungsrecht bezüglich der Geräte hat und dem Radiologen lediglich ein Nutzungsrecht neben dem Krankenhaus eingeräumt wird, bleibt das Krankenhaus Betreiber der Röntgeneinrichtung nach § 3 RöV. Da der Betreiber einer Röntgeneinrichtung eine entsprechende Genehmigung benötigt, hat das Krankenhaus in diesen Fällen für die Einhaltung der Genehmigungsvoraussetzungen und den ordnungsgemäßen Betrieb Sorge zu tragen. Die Radiologen sind in diesen Fällen einer nicht weisungsfreien Nutzung der radiologischen Einrichtungen lediglich Anwender im Sinne des § 23 RöV. Der Begriff der Anwendung umfasst sowohl die Untersuchung, Behandlung sowie die beabsichtigte Einwirkung von Röntgenstrahlen auf den Menschen. Als Anwender hat der Radiologe die erforderliche Fach- und Sachkunde gegenüber dem Krankenhaus als Betreiber nachzuweisen und Störfälle bzw. Funktionsausfälle im Krankenhaus mitzuteilen.

Für die Nutzung der radiologischen Geräte sowie der Einrichtungen des Krankenhauses entrichtet der Radiologe ein Entgelt an das Krankenhaus. Die für die Berechnung des **Nutzungsentgeltes** zugrunde liegende Gebührenordnung oder Berechnungsgrundlage ist im Nutzungsüberlassungsvertrag eingehend zu regeln. Grundsätzlich hat der Radiologe die durch seine Mitnutzung entstehenden Kosten für die Inanspruchnahme von Räumen, Einrichtungen, Personal, Geräten und ggf. Material zu erstatten. Dabei sollte der Arzt darauf achten, dass das Nutzungsentgelt auf der Grundlage der tatsächlich anfallenden Kosten kalkuliert wird und sich nicht an den Einnahmen des Radiologen orientiert, die er bei der Untersuchung ambulanter Patienten an den Geräten des Krankenhauses erwirtschaftet.

Die in der Praxis üblicherweise anfallenden **Verbrauchsmaterialien**, wie etwa Kontrastmittel, werden üblicherweise von der Praxis angeschafft und von den Materialien des Krankenhauses getrennt aufbewahrt. Denkbar ist auch, dass die Materialien seitens des Krankenhauses dem Radiologen zur Verfügung gestellt werden. Hier wird eine gesonderte Vergütungsverpflichtung des Arztes gegenüber dem Krankenhaus entstehen, die entweder auf den Ersatz der Verbrauchsmaterialien in natura oder auf die Erstattung zum Einstandspreis des Krankenhauses gerichtet werden sollte.

Um den Umfang der Nutzung und damit das Nutzungsentgelt nachweisbar zu dokumentieren, wird seitens des Krankenhauses in der Regel die **Übermittlung der Leistungsdaten** gefordert. Die Verpflichtung ist insoweit berechtigt als hierdurch nicht in das Arzt- Patienten-Geheimnis eingegriffen und gegenüber dem Krankenhausträger Name und Versichertennummer des Patienten nicht mitgeteilt werden. Für die Abrechnung des Nutzungsentgeltes sollte ein bestimmter Zeitraum im Vertrag zugrunde gelegt werden; in der Regel ist dies der Kalendermonat.

## **IX. Mietvertrag**

Die Vermietung von Praxisräumen fällt nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) unter die sog. **Geschäftsraummiete**. Geschäftsräume sind solche Räume, die nach dem Vertragszweck zu geschäftlichen oder freiberuflichen Zwecken angemietet werden. Daraus folgt die Beachtung von Sondervorschriften z.B. § 535 Abs. 1 Satz 2 (Maßnahmen zur Erhaltung der Mietsache), § 539 Abs. 2 (Wegnahmerecht des Mieters), § 543 (Fristlose Kündigung aus wichtigem Grund), § 580 Abs. 2 (Kündigungsfristen bei Geschäftsraummiete), § 546a (Ansprüche bei verspäteter Rückgabe der Mietsache) sowie die Sondervorschriften über die Grundstücksmiete (§ 578). Durch das Mietrechtsreformgesetz (MietRRG) vom 19.06.2001 (BGBl. I, S. 1149) wurde das Mietrecht mit Wirkung zum 01.09.2001 in wesentlichen Teilen reformiert. Die gesetzlichen Änderungen betreffen jedoch vor allem das Mietverhältnis über Wohnraum. Im Bereich der Geschäftsraummiete sind zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Kündigungsfristen zu beachten.

Bei Abschluss des Mietvertrages sollten die Vertragsparteien ein **Übergabeprotokoll** erstellen, das als wesentlicher Bestandteil des Mietvertrages vereinbart werden kann und in dem der Zustand der Mietsache dokumentiert wird. Neben der Vereinbarung des Mietzinses, dessen Anpassung sowie der Betriebskosten und Nebenkosten sollte der Arzt bei Abschluss des Mietvertrages darauf achten, dass die vermieteten Räumlichkeiten den behördlichen Vorschriften entsprechen. Das Krankenhaus hat deshalb im Vertrag zuzusichern, dass alle behördlichen Auflagen für das Betreiben einer Arztpraxis in den vermieteten Räumen erfüllt sind bzw. erfüllt werden. Insbesondere bei dem Betrieb radiologischer Geräte sind Auflagen nach der Strahlenschutzverordnung bzw. der Röntgenverordnung zu beachten, die im Vorfeld der Kooperation abgeklärt werden sollten. Im Zweifel sollten sich die Radiologen in dem Mietvertrag zusichern lassen, dass die Räume für den Betrieb einer radiologischen Praxis sowie insbesondere einzelner bildgebender Verfahren (z.B. MRT) geeignet sind oder vom Krankenhaus entsprechend umgebaut werden. Soweit Umbaumaßnahmen erforderlich sind, ist zwischen den Vertragsparteien abzuklären, wer die dabei anfallenden Kosten zu übernehmen hat.

## **X. Honorarminderungspflicht**

Für den am Krankenhaus niedergelassenen Radiologen ist bei der Abrechnung von Leistungen, die er gegenüber **stationären Privatpatienten** des Krankenhauses auf Veranlassung des Krankenhauses erbringt, § 6 a Abs. 1 Satz 2 GOÄ zu beachten.

Danach sind die Gebühren bei stationären privatärztlichen Leistungen um 15% zu mindern. Der Grund für diese Minderung ist darin zu sehen, dass das Krankenhaus für den Patienten mit privatärztlicher Behandlung ebenso wie für den sozialversicherten Patienten den vollen Pflegesatz vereinnahmt, der Privatpatient aber im Gegensatz zum gesetzlich Krankenversicherten, bei dem sämtliche Leistungen vom Pflegesatz abgedeckt werden, u. a. die Leistungen externer Leistungserbringer gesondert vergüten muss. Um diese finanzielle Benachteiligung des stationären Privatpatienten auszugleichen, sieht § 6 a GOÄ die Minderung des ärztlichen Honorars des externen Leistungserbringers vor.

Bei der Beurteilung, ob der hinzugezogene niedergelassene Arzt eine stationäre (Krankenhaus-)Leistung i.S. dieser Vorschrift erbringt, ist nach einer Entscheidung des BGH vom 13. Juni 2002 (Az.: III ZR 186/01) der Ort der Leistungserbringung nicht entscheidend. Auch kommt es nach dieser Entscheidung nicht darauf an, ob der konsiliarärztlich hinzugezogene externe Arzt Personal- oder Sachmittel des Krankenhauses bei seiner Tätigkeit in Anspruch nimmt, die dem Privatpatienten sowohl über den Pflegesatz als auch über das ärztliche Honorar, das nach § 4 Abs. 3 GOÄ auch eine Abgeltung der Sach- und Personalkosten enthält, doppelt berechnet würden. Die in den Räumen des am Krankenhaus niedergelassenen Radiologen erbrachten Leistungen für stationäre Privatpatienten sind daher grundsätzlich stationäre Leistungen i.S. des § 6 a GOÄ. Ebenso spielt es für die Anwendung des § 6 a GOÄ Abs. 1 Satz 2 GOÄ keine Rolle, ob bei dem niedergelassenen Arzt im Einzelfall tatsächlich keine Kosten in der zu mindernden Höhe entstanden sind, denn mit § 6 a GOÄ hat der Gesetzgeber gezielt eine **pauschalierende Regelung** gewählt, die ein Abstellen auf den Einzelfall nicht erlaubt. Obwohl sich seine Kostensituation bei der Behandlung stationärer Privatpatienten somit nicht von der bei der Leistungserbringung gegenüber ambulanten Privatpatienten unterscheidet,

muss der am Krankenhaus niedergelassene Radiologe sein Honorar für Leistungen gegenüber stationären Privatpatienten um 15% mindern.

Gesetzliche Vorschriften zum Ausgleich der Minderung durch das Krankenhaus bestehen nicht, so dass der Arzt nur bei einer entsprechenden vertraglichen Regelung mit dem Krankenhaus einen finanziellen Ausgleich verlangen kann.

## **XI. Steuerrechtliche Aspekte**

Das Steuerrecht bietet für Kooperationsvorhaben **Gestaltungsrisiken und Gestaltungsmöglichkeiten**, die erkannt werden müssen. Aufgrund der extremen Schnelligkeit des Steuerrechts und der unterschiedlichen Rechtsformen der Beteiligten sind die steuerlichen Auswirkungen je nach Kooperationsform unterschiedlich. Denkbare umsatzsteuerrechtliche oder gewerbesteuerrechtliche Folgewirkungen einer Krankenhauskooperation sollten deshalb mit einem versierten Steuerberater abgeklärt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf eine etwaige gewerbliche Tätigkeit, da hierdurch unter Umständen die gesamten ärztlichen Leistungen nach der sog. Abfärbetheorie umsatz- und gewerbsteuerpflichtig werden können.

## **Anhang: Checklisten für Kooperationsverträge**

Im folgenden werden zur Arbeitserleichterung Checklisten mit den wichtigsten Vertragsbestandteilen der gängigen Vertragstypen dargestellt:

### **1. Kooperationsvertrag**

- Umfang der Kooperation
- Rechtliche Stellung und Erbringung der Leistung
- Ärztliche Schweigepflicht, Vertraulichkeit, Datenschutz
- Nichtärztliches Personal
- Haftung
- Nutzungsentgelt
- Vertragsdauer
- Konkurrenzschutzklausel
- Schiedsgericht

### **2. Mietvertrag**

- Mieträume
- Übergabe der Mieträume
- Zustand der Mieträume
- Mietzeit, Kündigung
- Mietzins
- Betriebskosten
- Aufrechnung mit Gegenforderungen, Minderung des Mietzinses, Zahlungsrückstand
- Nutzung der Mieträume
- Elektrizität, Gas, Wasser
- Instandhaltung der Mieträume
- Veränderungen der Mieträume durch den Mieter
- Bauliche Veränderungen und Ausbesserungen durch den Mieter
- Betreten der Mieträume
- Schilder, Parkplätze

- Beendigung der Mietzeit

### **3. Leistungserbringungsvertrag**

- Inhalt und Umfang der Leistungserbringung
- Bereitstellung des Gerätes, Installation, Mitnutzung
- Personal
- Vertragsdauer, Kündigung
- Betriebszeiten, Notfälle
- Verbrauchsmaterialien
- Haftung, Versicherungen
- Vergütung, Untersuchungskosten
- Archivierung

### **4. Nutzungsüberlassungsvertrag**

- Inhalt und Umfang der Nutzungsüberlassung
- Nutzung der Geräte, Untersuchungszeiten
- Inanspruchnahme von Personal
- Haftung und Versicherungsschutz
- Nutzungsentgelt
- Abrechnung des Nutzungsentgeltes
- Vertragsdauer, Kündigung

### **5. Personalgestellungsvertrag**

- Personalgestellung
- Aufsicht
- Haftung
- Arbeitsschutz
- Mitbestimmung
- Kostenerstattung
- Vertragsdauer
- Personelle Veränderungen



GUERBET GMBH  
OTTO-VOLGER-STR. 11  
65843 SULZBACH  
TEL.: (+49) 0 6196 - 7 62/0  
FAX: (+49) 0 6196 - 7 39 34  
WWW.GUERBET.DE  
INFO@GUERBET.DE

## Mitherausgeber

**Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,**

nach dem Abschluss der sechsteiligen Artikelserie „Praxiskooperation“ im **Guerbet-Radiologen WirtschaftsForum** erhielten wir sehr großen Zuspruch und viele Bitten die Serie fortzuführen. Mit dem vorliegenden Handbuch wollen wir diesem Wunsch gerne Rechnung tragen. Wir freuen uns, Herrn Rechtsanwalt Doktor Peter Wigge erneut als Autor und Experten für Praxiskooperationen gewonnen zu haben und möchten uns auf diesem Wege für seine aktive Unterstützung und Umsetzung der Idee bedanken.

Das Handbuch ist ein komplettes, übersichtlich gegliedertes Werk unter besonderer Berücksichtigung der neuen Vergütungsstruktur für Krankenhäuser in bundeseinheitlichen DRG-Tarifen (Diagnostic Related Groups) und deckt alle wichtigen Aspekte ab, die ein Kooperationsvertrag enthalten sollte. Die Textgestaltung ist in einer für Nicht-Juristen leicht verständlichen Form aufgebaut und praxisnah gehalten. Bis zum Redaktionsschluss sind alle Urteile und Erkenntnisse eingeflossen, so dass diese Ausgabe auf dem neuesten rechtlichen Stand ist.



Das Guerbet-Team wünscht Ihnen beim Lesen viele anregende und nützliche Tipps. Gleichzeitig möchten wir uns für Ihr in den zurückliegenden Jahren entgegengebrachtes Vertrauen bedanken. Auch in Zukunft können Sie viele Innovationen rund um die Radiologie von Ihrem **spezialisierten Kontrastmittelpartner Guerbet** erwarten.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre

**Guerbet GmbH**

